

## Universidad de Cuenca



### Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

#### Carrera de Derecho

#### *“La enfermedad de la adicción: Un delito según la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas”*

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Abogado de los Tribunales de Justicia de la República y Licenciado en Ciencias Políticas y Sociales

#### **Autor:**

Mario David Cabrera Maldonado

**CI:** 0104773106

#### **Director:**

Dr. Simón Bolívar Valdivieso Vintimilla

**CI:** 0101668374

**Cuenca - Ecuador**

**2018**



## **RESUMEN**

El desarrollo de la ciencia médica y la psicología ha permitido demostrar que la adicción a las drogas es una verdadera enfermedad que altera drástica e incontrolablemente el modo de vida de una persona. La persona que tiene dependencia a las drogas se distingue del consumidor ocasional en el sentido de que la privación de sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas produce en su organismo graves efectos físicos y psíquicos como resultado del síndrome de abstinencia. En Ecuador se ha creado la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas con el fin de regular el micro tráfico de drogas; sin embargo, para la consideración de las cantidades de droga permitidas por la tabla no se ha tomado en consideración el hecho de que, en la práctica, un adicto siempre necesitará portar cantidades que rebasen dicha tabla. De esta manera se estaría criminalizando una enfermedad y contraviniendo las disposiciones constitucionales y legales que disponen la no criminalización de las adicciones en el Ecuador. A diferencia de lo que ocurre en algunas legislaciones de Sudamérica, en nuestro país la adicción a las drogas aun no es considerada como un asunto de salud pública; al contrario, sigue siendo estigmatizada por nuestra aún conservadora sociedad. Así, resulta necesario modificar esta tabla evidentemente inconstitucional, y garantizar a cabalidad la salud de los enfermos adictos.

**PALABRAS CLAVE:** ADICCIÓN, ENFERMEDAD, DEPENDENCIA, DROGAS, ESTUPEFACIENTES, SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, CRIMINALIZACIÓN.



## **ABSTRACT**

The development of medical science and Psychology have allowed to demonstrate that drug addiction is a true illness that alters drastically and uncontrollably the way of living of a human being. The person who has drug dependency can be distinguished from the occasional consumer in the way that the deprivation of narcotic and psychotropic substances produce sever physical and psychiatric effects in his organism, due to the abstinence syndrome. In Ecuador, a table of narcotic and psychotropic substances has been created with the purpose of regulating micro traffic of drugs, however, for the consideration of the quantities of allowed drug, the legislator did not considered the fact that, in practice, an addict will always need to carry bigger quantities that the one that are stablished by the table. In this way, an illness is being criminalized and the constitutional statement of the non-criminalization of addictions is being disobeyed. Despite of what's happening in various legislations of South America, addictions are still not considered as a public health issue; in the contrary, it is still stigmatized by our still conservative society. So, it is necessary to modify this unconstitutional table, so the health of addicts can be guaranteed.

**KEY WORDS:** ADDICTION, ILLNESS, DEPENDIENCY, DRUGS, NARCOTIC SUBSTANCES, PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, CRIMINALIZATION.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL .....	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL .....	7
DEDICATORIA .....	8
AGRADECIMIENTOS .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DE LAS DROGAS Y LA ADICCION .....	12
1.1 DEFINICIONES CON RESPECTO A LA ADICCIÓN .....	12
1.1.1 Definición de Droga .....	12
1.1.2 Definición de Droga Sintética .....	13
1.1.3 Definición de Droga Psicodélica .....	14
1.1.4 Definición de Sustancia Estupefaciente .....	15
1.1.5 Definición de Sustancia Psicotrópica .....	16
1.1.6 Definición de Drogadicto .....	17
1.1.7 Definición de Dependencia .....	19
1.1.8 Definición de Tolerancia .....	20
1.1.9 Definición de Síndrome de Abstinencia .....	22
CAPITULO II: LA ENFERMEDAD DE LA ADICCION .....	25
2.1 LOS TIPOS DE DROGAS Y LOS NIVELES DE CONSUMO .....	25
2.1.1 Clasificación de las drogas .....	25



2.1.2 Tipos de Consumo .....	28
2.1.3 Métodos de comprobación de la Enfermedad de la Adicción .....	32
2.2 LA ENFERMEDAD DE LA ADICCION: ¿ES UN DELITO?: El desapego a la realidad de las cantidades permitidas en la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.....	35
2.2.1 La variación de la tolerancia a las drogas en el organismo de las personas adictas .....	35
2.2.2 Las motivaciones que llevan a personas adictas para obtener cantidades no permitidas por la tabla .....	38
2.2.3 La obsesión y compulsión como desventajas para el adicto en el campo legal. .	40
CAPITULO III: EL PAPEL DEL DERECHO EN RELACIÓN A LAS ADICCIONES ...	42
3.1 EL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA ADICCIÓN EN EL DERECHO COMPARADO.....	42
3.1.1 Legislación de Bolivia .....	42
3.1.2 Legislación de Colombia .....	44
3.1.3 Legislación de Chile .....	46
3.2 EL TRATAMIENTO JURÍDICO PENAL DE LA ADICCIÓN EN EL ECUADOR .....	47
3.2.1 Antecedentes normativos previos a la vigencia del Código Orgánico Integral Penal .....	47
3.2.2 Legislación ecuatoriana actual respecto a la adicción .....	50
3.2.3 Inconsistencias entre la normativa jurídica referente al tratamiento legal de la adicción.....	51
3.3 ¿LA ADICCIÓN ES TOMADA COMO UN ASUNTO DE SALUD PUBLICA DESDE EL PUNTO DE VISTA JURÍDICO? .....	52



3.3.1 La ineficacia de los Centros de Rehabilitación Social en el tratamiento de las adicciones .....	52
3.3.2 Otras alternativas para el tratamiento de la enfermedad de la adicción .....	53
CONCLUSIONES.....	56



## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Mario David Cabrera Maldonado en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“LA ENFERMEDAD DE LA ADICCIÓN: UN DELITO SEGÚN LA TABLA DE CANTIDADES DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, Marzo del 2018



Mario David Cabrera Maldonado  
C.I: 0104773106



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Mario David Cabrera Maldonado, autor del trabajo de titulación **“LA ENFERMEDAD DE LA ADICCIÓN: UN DELITO SEGÚN LA TABLA DE CANTIDADES DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, Marzo del 2018

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser "Mario D. Cabrera", sobre una línea horizontal.

Mario David Cabrera Maldonado  
C.I: 0104773106





## DEDICATORIA

*Este trabajo quiero dedicarle a todos los adictos que han tenido que morir por la desgarradora enfermedad de la adicción.*

*A los adictos que todavía sufren, por el hecho de que no pueden tener la ayuda necesaria y oportuna para tratar esta enfermedad.*

*A los adictos que están dentro del programa de Narcóticos Anónimos, y que sepan que todos nuestros sueños en recuperación se harán realidad.*



## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por haberme salvado, por haberme escogido, por haberme dado una segunda oportunidad para ser un ser humano valioso.*

*A Narcóticos Anónimos por brindarme el amor, la felicidad y la libertad que durante tantos años necesite y convertirme en un ganador.*

*A mi madre porque nunca me ha dejado solo a pesar de todas mis dificultades, y porque nunca se cansó de luchar por mí.*

*A mi padre por enseñarme a través de la práctica a ser el mejor ser humano del mundo, y por todo su apoyo y nunca darme la espalda a pesar de todo pronóstico.*

*A mi hermano Sebas por no abandonarme y levantarme cada vez que mi enfermedad me botó al suelo.*

*A mi hermana María Paz por nunca quitarme ese amor a pesar de...*

*A mis hermanos Dania, Bayron, Pablo, Pedro y Mateo por hacer que mi mundo y mi vida sea diferente, sin Uds. no hubiera sido lo mismo.*

*A mi hermano, compañero, amigo y padrino Naun por haberme cuidado y querido cuando ni yo mismo lo supe hacer.*



## INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas, el Ecuador ha sido parte del fenómeno global de la lucha contra las drogas. Tradicionalmente, se ha considerado a las drogas como un cáncer que afecta a la población de múltiples maneras, debido a que alrededor de estas sustancias han existido robos, muertes y otras tragedias. Esta serie de fenómenos ligados a las sustancias estupefacientes y psicotrópicas han generado dentro de nuestra aún conservadora mentalidad popular la idea de que toda persona que tenga cualquier relación con las drogas, desde el consumidor habitual hasta el capo de un cartel, debe ser considerado como una fruta podrida que debe ser extraída inmediatamente del árbol social de lo justo y lo correcto. Consecuentemente, este clamor popular es la principal motivación para la creación de normas en materia de drogas.

La regulación jurídica de las drogas en el Ecuador lleva más de un siglo desde la publicación de la Ley de Control del Opio de 1916. Desde entonces, el legislador ecuatoriano ha elaborado una serie de normas en el marco de la lucha contra el narcotráfico a pequeña y gran escala. El antecedente más reciente de esta clase de normativa lo encontramos en la Resolución del CONSEP No. 2, constante en el Registro Oficial Suplemento 628 de 16 de noviembre del 2015; dentro de la cual encontramos la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, la cual establece el máximo de cantidades permitidas para el consumo personal; en donde, en caso de sobrepasar estas cantidades, la persona será considerada como un traficante y deberá ser penada conforme a la ley.

Lo curioso de la tabla y del texto de la Resolución del CONSEP, es que en ningún lado se menciona criterio alguno para el examen y análisis de las circunstancias específicas para diferenciar a un consumidor, traficante o dependiente. Esto es especialmente preocupante, debido a que un adicto a las drogas no necesariamente portará cantidades que excedan la tabla por un deseo deliberado de infringir la ley, sino porque se encuentra inmerso en un trastorno orgánico de la salud que le obliga a portar y consumir cantidades elevadas de droga. Por lo anterior expuesto, considero necesario desentrañar los caracteres que rodean a



la enfermedad de la adicción y determinar si la mencionada tabla refleja o no la realidad de miles de personas que sufren una enfermedad que está latente en nuestro medio, pero que muchos prefieren hacerse “de la vista gorda”.

Para el efecto de este análisis, el presente trabajo de investigación se ha dividido en tres capítulos. El primer capítulo abordará las generalidades que rodean a las drogas y la adicción; por lo que se expondrán definiciones doctrinas de droga, drogadicto, dependencia, tolerancia, y otros caracteres que componen este trastorno. El segundo capítulo tratará de manera específica a la enfermedad de la adicción. Este capítulo estará encaminado a detectar por qué la adicción es una enfermedad y qué motiva al enfermo adicto a portar grandes cantidades de droga. El tercer y último capítulo tratará del régimen jurídico con que se trata a las adicciones en la legislación nacional, analizando el marco constitucional y legal. De igual manera se realizará un análisis comparativo de la legislación comparada de Bolivia, Colombia y Chile, en miras a determinar aspectos que podrían ser adoptados por la normativa local.



## **CAPÍTULO I: GENERALIDADES DE LAS DROGAS Y LA ADICCIÓN**

### **1.1 DEFINICIONES CON RESPECTO A LA ADICCIÓN**

#### **1.1.1 Definición de Droga**

Para entender a cabalidad la enfermedad de la adicción, es pertinente comprender por medio de definiciones aportadas por la esfera de la Medicina y Psicología, los diversos caracteres y elementos que engloban a esta problemática.

En principio, hay que definir el concepto de “*droga*”, separándolo de su concepto en la esfera medicinal y curativa, y analizándolo desde el ámbito de las drogas ilegales.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2014) define a las drogas como: “*Sustancia vegetal, mineral o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.*” (p. s.n.)

El concepto mencionado nos permite comprender que las drogas pueden ser utilizadas con diferentes fines, tanto en el ámbito de la medicina, como para uso recreativo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2004):

“Droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.” (p. s.n.)

Como es posible denotar, el concepto de droga tiene una amplitud que rebasa el mero aspecto de las drogas psicoactivas ilegales. Para la OMS se trata de toda sustancia química que modifica procesos naturales del organismo humano. De esta forma, la medicina considera como drogas tanto a la marihuana, como a los antidepresivos de consumo legal.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) de igual forma ha proporcionado un extensivo glosario que contiene la terminología que debe emplearse al momento de analizar el fenómeno de la adicción a las drogas.

“En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos. “ (Organización Mundial de la Salud, 1994, pág. 33)

El concepto aportado por la OMS sirve como punto de partida para comprender que existen tanto drogas legales como ilegales. La presente investigación se centrará en las drogas consideradas como ilegales.

### **1.1.2 Definición de Droga Sintética**

Previo al análisis propiamente dicho de la clasificación de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, es necesario analizar qué se entiende por drogas sintéticas y psicodélicas.

“DROGAS DE SINTESIS: Son drogas elaboradas y sintetizadas, a menudo para el uso ilegal, fabricadas en laboratorios clandestinos por modificación de la estructura de drogas existentes [ejemplo, algunas metanfetaminas]. Son de especial interés la MPTP [ester inverso de la meperidina], MDA [metilendioxianfetamina], MDMA, [metilendioximetanfetamina]. Muchas drogas actúan sobre el sistema aminérgico, aminas biogénicas fisiológicamente activas. La mayoría de ellas tienen efectos estimulantes como el éxtasis u otras anfetaminas o metanfetaminas, aunque también las hay con efectos depresógenos y mixtos. La denominación de drogas de “diseño”



tiende a desaparecer por la connotación atractiva que le da dicho concepto. “  
(Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016, p. 98)

“El término droga de síntesis se refiere a un conjunto de sustancias psicoestimulantes, en su mayoría derivadas de anfetaminas. Las drogas de síntesis se presentan habitualmente en forma de comprimidos con colores, imágenes o logotipos llamativos y se las denomina vulgarmente "pastillas".” (Gobierno de La Rioja, 2018, p. s.n.)

En definitiva, las drogas sintéticas son todas aquellas sustancias sintéticas de laboratorio que alteran la psiquis humana a través de efectos estimulantes.

La tabla de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, refiriéndonos específicamente al apartado de sustancias psicotrópicas, menciona de manera expresa a las anfetaminas, el MDA y el MDMA que comúnmente es denominado “éxtasis”. Consecuentemente, las drogas sintéticas entran dentro de la categoría de sustancias ilegales.

### **1.1.3 Definición de Droga Psicodélica**

“DROGAS PSICODÉLICAS: Denominación popularizada durante la década de los 60, para denominar a las sustancias cuyo consumo produce alucinaciones, principalmente visuales, a partir de las experiencias del Psiquiatra Timothy Leary con Ácido Lisérgico (LSD).” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016, p. 98)

“Las plantas que contienen estas sustancias pertenecen a distintas especies como el hongo Amanita muscaria, algunos cactus como el peyote mexicano, con su alcaloide la mescalina o el opio de la adormidera. Todas estas sustancias, y muchas más tienen la propiedad de poner en contacto al que las ingiere con experiencias



subjetivas que se han considerado similares a las experiencias místicas” (Real Academia Nacional de Medicina, 1996, p. 520)

Como es posible denotar, la principal diferencia entre las drogas sintéticas y las psicodélicas, es que éstas últimas son de origen natural como el caso de los hongos o el peyote; o en el caso del LSD, éste tiene su origen en la planta del centeno, pero es posteriormente sintetizado, por lo que es considerado como una sustancia semi-sintética.

La tabla de sustancias estupefacientes y psicotrópicas no regula de manera expresa la tenencia y tráfico de drogas como el LSD, hongos alucinógenos, ayahuasca o el opio.

#### **1.1.4 Definición de Sustancia Estupefaciente**

En este punto es necesario comenzar a abordar de manera específica los conceptos contenidos en la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de la *Resolución 001-Consep-CD-2015*. La mencionada tabla hace una división entre dos tipos de drogas: sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

En cuanto a las sustancias estupefacientes, la doctrina ha aportado un concepto desde el punto de vista farmacológico y desde el punto de vista legal.

Desde el punto de vista farmacológico se entiende como estupefaciente: “*Sustancia, y sus preparados, que ejerce un efecto analgésico y euforizante, cuyo uso puede provocar dependencia psíquica y física.*” (Servicio Murciano de Salud, 2017, p. 68)

Desde el ámbito legal:

“Por "estupefaciente" se entiende cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016, p. 99)





En el Ecuador, la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas regula en específico 4 sustancias estupefacientes: heroína, pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína y marihuana:

SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES								
Escala (gramos) Peso neto	Heroína		Pasta base de cocaína		Clorhidrato de cocaína		Marihuana	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Mínima escala	>0	0,1	>0	2	>0	1	>0	20
Mediana escala	>0,1	0,2	>2	50	>1	50	>20	300
Alta escala	>0,2	20	>50	2.000	>50	5.000	>300	10.000
Gran escala	>20		>2.000		>5.000		>10.000	

### 1.1.5 Definición de Sustancia Psicotrópica

En materia de Farmacología, las sustancias psicotrópicas o psicótropos se denominan como:

“Sustancia que tiene efecto sobre el psiquismo; ya sea sedante o depresor (psicolepticos), estimulante (psicoanalepticos) o perturbador (psicodislepticos). Dentro de estos últimos podrían catalogarse los estupefacientes” (Servicio Murciano de Salud, 2017, p. 70)

Como señala este concepto, dentro de la esfera de la Farmacología se considera a los estupefacientes como una especie dentro del género de las sustancias psicotrópicas.

En cuanto a la definición legal, se considera como sustancias psicotrópicas a *“aquellas sustancias y sus preparados, incluidas en las listas I, II, III y IV elaboradas en el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena de 1971.”* (Servicio Murciano de Salud, 2017, p. 70)



En nuestro país, la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas hace referencia a tres sustancias psicotrópicas: las anfetaminas, el Metilendioxifenetilamina (MDA) y el MDMA, comúnmente conocido como éxtasis.

SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS						
Escala (gramos) Peso neto	Anfetaminas		Metilendioxifenetilamina (MDA)		Éxtasis (MDMA)	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Mínima escala	>0	0,090	>0	0,090	>0	0,090
Mediana escala	>0,090	2,5	>0,090	2,5	>0,090	2,5
Alta escala	>2,5	12,5	>2,5	12,5	>2,5	12,5
Gran escala	>12,5		>12,5		>12,5	

#### 1.1.6 Definición de Drogadicto

Antes de hacer referencia en específico al sujeto considerado como drogadicto, es necesario conceptualizar a la drogadicción como enfermedad.

Según el portal web del Consejo Nacional de Adicciones de México (2017), se puede definir a una adicción de la siguiente manera: *“La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.”* (pág. 23)

Al hablar de dependencia física y/o psicológica, podemos darnos cuenta que esta enfermedad llamada adicción, es una enfermedad que no solo que afecta físicamente al ser humano sino también mentalmente; y es aquí donde la Ley comienza a realizar su función protectora y preventiva, siendo la salud mental lo que se busca proteger en este caso.

Según el Programa Mundial de Narcóticos Anónimos (1991), adicción es: *“Una enfermedad que abarca mucho más que el consumo de drogas, incluso puede estar presente antes de consumir por primera vez.”* (pág. 3)



El Programa de Narcóticos Anónimos nos enseña claramente que el consumo de drogas conforma solo una parte de la enfermedad de la adicción, por lo tanto no se le puede poner todo el énfasis en el consumo de las mismas, sino que también en todos sus otros aspectos para poder llamarla enfermedad. Es aquí donde, a manera de introducción para posteriormente analizar la cuestión en detalle, decimos que existen algunos factores que deben confluir para poder llamar *drogadicto* a una persona, pues no se le da esta consideración por el solo hecho de *consumir* drogas; sino que, como la misma expresión “droga-adicto” lo indica: se trata de una verdadera adicción.

La drogadicción, conocida también como drogodependencia, fue definida por la Organización Mundial de la Salud (1964) como un:

“Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.” (pág. 23)

Una vez solventado el marco conceptual que rodea a la enfermedad de la adicción, es posible determinar el concepto de drogadicto y diferenciarlo de aquellas personas que se constituyen como consumidores.

Dentro del apartado denominado “La adolescencia” de la Enciclopedia de la Psicología Océano (1982), se define como drogadicto al:

“Grupo de los drogadictos, también denominados toxicómanos, constituye una minoría. Sus vidas se centran en el consumo y no pueden controlar el uso de la droga. A corto o largo plazo pueden presentar trastornos psíquicos o físicos.



Tienden a la recaída tras periodos de abstinencia y tras la curación de los trastornos de la privación” (pág. 243)

La referida Enciclopedia ya empieza a guiar el concepto de la enfermedad de la adicción y las particularidades que distinguen al adicto del consumidor. De forma general comienza a mencionar la obsesión, la compulsión, la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

### 1.1.7 Definición de Dependencia

La Real Academia de la Lengua Española (2014) define a la dependencia como: *“Necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.”* (p. s.n.)

Esta definición ya nos habla de la necesidad compulsiva, y para ir entendiendo de una mejor manera esto, tenemos que aclarar que la compulsión es la necesidad de que una vez que se comienza a realizar o hacer algo no se puede parar o detener lo que se hace. En el caso de la enfermedad de la adicción, una vez que el adicto empieza a consumir las primeras dosis de droga, ya no puede detenerse por su voluntad.

La Enciclopedia de la Psicología Océano (1982) proporciona una definición de Dependencia bajo los siguientes términos:

“Es la situación provocada por el consumo continuado de una droga, que obliga a seguir tomándola para sentir sus efectos psíquicos o para evitar el malestar que supone su privación. La dependencia puede ser psíquica o física.” (Océano, pág. 242)

La Enciclopedia en cuestión empieza a abordar cuestiones cruciales que componen este fenómeno, pues se refiere a la obsesión y la compulsión como los aspectos fundamentales de la dependencia, y es aquí donde tenemos que empezar a abordar la dependencia psicológica denominada *obsesión* y la dependencia física denominada *compulsión*. La compulsión como ya lo indicamos, en el campo de la adicción consiste en que una vez que



el adicto introduce en su organismo primera droga ya no puede detenerse. Tenemos que poner énfasis en que es no PUEDE, mas no el hecho de que no quiere. Así es como funciona la compulsión: existen personas que consumen algunas cantidades de drogas y pueden parar cuando ellos quieran, pero el adicto debido a este fenómeno físico llamado compulsión no puede hacerlo voluntariamente, llegando incluso a consumir en contra de su voluntad.

Por su parte, la dependencia psíquica o psicológica es la llamada *obsesión*, y la obsesión no es sino esa idea fija sobre la cual se desenvuelve el diario vivir de una persona. Para explicarme de una mejor manera, la obsesión es ese pensamiento con el que vive un adicto, cuando uso la expresión *con el que vive*, me refiero a que con ese pensamiento convive todo el día y todo el tiempo, de tal manera que la persona se duerme y se levanta pensando en dicha cuestión. En el caso de los enfermos adictos, viven todo el día pensando en drogas, tanto así que su pensamiento se reduce a imaginar dónde, cómo, cuándo y con quién consumir drogas. Para que esto quede totalmente entendido, me permito explicar de una forma comparativa la distinción entre enfermos y no enfermos: la persona no enferma (no tiene obsesión) cuando le invitan a practicar deporte, reuniones, trabajo o cualquier actividad y esta persona piensa en dichas actividades; mientras que la persona enferma (tiene obsesión) cuando le invitan a las mismas actividades y su primer pensamiento es si se puede o no consumir drogas en ese lugar o haciendo aquella actividad, así es como funciona este fenómeno psicológico llamado obsesión.

#### 1.1.8 Definición de Tolerancia

**“Tolerancia (tolerance)** Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el



organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia”. (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 61)

Como podemos apreciar, son algunos los aspectos que engloban la tolerancia, pero lo más importante para nuestro tema es que se pueda identificar cuándo comienza a manifestarse la tolerancia, esto es, cuando comienzan a disminuir los efectos ya sean psicológicos, físicos y sociales de una sustancia cuando esta es consumida; y un factor determinante es el tiempo continuo de consumo, pues no se puede llegar a tener tolerancia a ciertas sustancias si no se tiene este tiempo continuo de consumo.

Para que se comprenda mejor este fenómeno, me permito explicarlo de la siguiente manera: el enfermo adicto comienza con pequeñas dosis de droga e incluso con estas pequeñas dosis de droga puede llegar a intoxicarse; por lo general y en específico por cuestiones sociales, el adicto no comienza a consumir todos los días, sino que lo hace mensualmente, o en algunos casos cada 3 semanas. En el momento que el organismo se acostumbra a este tiempo de consumo, la sustancia ya no produce los mismos efectos sobre la parte física y psicológica de la persona, es así que el enfermo comienza a consumir cantidades mayores y con más frecuencia para sentir los mismos efectos deseados, y consecuentemente comienza a ingerir la sustancia ahora cada semana, hasta que nuevamente el cuerpo se acostumbre a dicha cantidad y dicho tiempo de consumo, en el que nuevamente tendrá que subir la dosis y la frecuencia del consumo, llegando incluso a consumir incluso hasta 25 veces más de lo permitido por la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.



De igual forma, la anteriormente citada Enciclopedia de Psicología Océano (1982) establece una definición de Tolerancia cuando menciona:

“Es el estado que conduce a la necesidad de consumir cada vez mayores dosis para conseguir el mismo efecto psíquico. Se debe a la aparición de una resistencia corporal a los efectos de una droga” (Océano, pág. 243)

Como podemos colegir a partir de esta definición aportada por la Enciclopedia antes citada, la tolerancia es una característica inherente al enfermo adicto. La tolerancia se vuelve una necesidad de obtener los mismos resultados de los efectos de las sustancias, y en esto también quiero detenerme para explicar que al enfermo adicto no le produce placer la sustancia en sí, sino lo que esta produce en su organismo ya sea física o psicológicamente; es decir al enfermo no le gusta ni la base de cocaína, ni la marihuana, ni la cocaína etc., lo que al enfermo adicto le atrae son los efectos que estas producen en él; y es aquí donde la tolerancia es un punto que afecta drásticamente la vida del enfermo, ya que debido a este fenómeno físico de la tolerancia, el enfermo siempre necesitará cada vez más y más droga para tener los mismos efectos de siempre.

#### 1.1.9 Definición de Síndrome de Abstinencia

**“Síndrome de abstinencia:** Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

Es uno de los indicadores del **síndrome de dependencia**. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de **dependencia**.

El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente



antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la **intoxicación aguda.**” (Organización Mundial de la Salud, 1994)

De esta manera podemos irnos dando cuenta de que el síndrome de abstinencia no le puede ocurrir a cualquier persona que consumió algún tipo de droga, sino por el contrario este síndrome de abstinencia solo lo tendrá el enfermo adicto que viene consumiendo en grandes cantidades y por un tiempo prolongado, ya que este síndrome es básicamente un indicador de quién es dependiente a cierta sustancia y quién no. Por otro lado este síndrome de abstinencia varía en sus síntomas ya sean estos mentales o fisiológicos según la sustancia que se consuma, es decir no se puede tener un síndrome de abstinencia con los síntomas del consumo de cocaína, si lo que el adicto consume es marihuana. Cada sustancia provoca diferentes síntomas del síndrome de abstinencia aunque solo ciertos síntomas se pueden padecer en ciertas ocasiones.

También se debe tomar en cuenta que el tiempo que dura el síndrome de abstinencia varía en cuanto al tipo de sustancia que se consumió, la cantidad y el tiempo de consumo; así entonces el síndrome de abstinencia puede llegar a durar sin ser tratado de 1 hasta 45 días. En algunos casos si el síndrome de abstinencia no es tratado por un profesional en el campo médico con experiencia en síndrome de abstinencia, puede llegar incluso el enfermo adicto a perder la vida.

“El síndrome de abstinencia o también llamado síndrome de privación a drogas que se define como el grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.” (Martínez López, 2014)





López nos ilustra que el síndrome de abstinencia comienza en el momento de la supresión de la sustancia, es decir el momento en que se priva al enfermo de seguir consumiendo, y podemos darnos cuenta que existen síntomas somáticos (físicos) y mentales (psicológicos). Los síntomas somáticos varían según la sustancia, por ejemplo cuando se consume cocaína el síndrome de abstinencia se presenta con síntomas somáticos como el desprendimiento de las capas superficiales de la piel; también se pueden presentar hematomas. En un síndrome de abstinencia de base de cocaína, cuando el enfermo escupe saliva esta saliva puede tener diferentes colores a los normales, como color azul, amarillo y anaranjado; mientras que en los síntomas psicológicos, por ejemplo, si el síndrome de abstinencia es en relación a base de cocaína, comienza la irritabilidad en la persona, la espera constante de algo (ansiedad) y en otros casos de otras sustancias como éxtasis comienza el adicto con un cuadro psicótico, es decir puede alucinar.



## **CAPITULO II: LA ENFERMEDAD DE LA ADICCION**

### **2.1 LOS TIPOS DE DROGAS Y LOS NIVELES DE CONSUMO**

#### **2.1.1 Clasificación de las drogas**

En el ámbito científico, existen tres grandes categorías para agrupar los tipos de drogas:

- Por su naturaleza
- Por sus efectos en el organismo
- Por el régimen jurídico

#### **Por su naturaleza**

- Drogas naturales:** Se considera como drogas naturales a aquellas que se originan de forma natural sin intervención o modificación humana a través de tratamientos químicos, suelen también denominarse como drogas crudas o en bruto. Dentro de esta categoría encontramos a la planta *cannabis sativa*, mejor conocida como marihuana, la flor de la amapola, los hongos alucinógenos, entre otros.
- Drogas semi-sintéticas:** Se les da esta denominación a aquellas drogas que, a pesar de tener origen natural, son posteriormente sometidas a procesos químicos para aumentar la concentración de los componentes químicos activos. Entre estas drogas encontramos el LSD que tiene su origen en la planta del centeno, así como la cocaína que tiene su origen en las hojas de coca.
- Drogas sintéticas:** Son aquellas que se obtienen por procesos químicos de laboratorio y no tienen un origen natural. Se producen en laboratorios clandestinos y los componentes químicos para sintetizar estas drogas de igual forma se obtienen de



manera ilícita. Ejemplos de este tipo de drogas son la metanfetamina cristalizada y el MDMA o éxtasis. (Universidad Autónoma de Hidalgo, 2014, pág. s.n.)

### Por sus efectos en el organismo:

#### a) Drogas estimulantes:

“Son **estimulantes** las anfetaminas, la cocaína, el éxtasis y las metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína y otros). Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. La forma de administración es variada: puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales.” (Rossi, 2008, pág. 38)

Estas generalmente son las drogas que se consumen con la intención de generar sensaciones de alegría, mejorar el estado de ánimo, agudizar los sentidos y mantenerse activo y despierto. Dentro de las drogas ilegales que entran en esta categoría encontramos a la cocaína, la pasta base de cocaína, el crack y las anfetaminas. El café y el tabaco a pesar de no considerarse como drogas ilegales también se enmarcan dentro de esta categoría.

#### b) Drogas depresoras:

“Los **depresores** son los tranquilizantes (benzodiacepinas), los hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), los analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros), los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros). Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso y deprimen o disminuyen la actividad corporal. La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o fumándolas.” (Rossi, 2008, pág. 38)

Contrario a los estimulantes, los depresores desaceleran la actividad psíquica y producen un



letargo en el sistema nervioso central. Sus efectos se enfocan a la relajación, reducción de la tensión y disminución de la angustia. El alcohol es el depresor más común, si bien en pequeñas cantidades puede producir euforia, su consumo excesivo y prolongado en un corto periodo de tiempo degenera la comunicación de las células del sistema nervioso central, produciendo estados de inconciencia parcial o total. También encontramos dentro de esta clasificación a los sedantes, barbitúricos, inhalantes como el cemento de contacto y los narcóticos como la morfina.

**c) Drogas alucinógenas:**

“Dentro del grupo de los **alucinógenos** podemos incluir al LSD (dietilamida del ácido lisérgico), el peyote, la mezcalina, el PCP, y los cannabis: hachís, aceite de hash y marihuana. Estas drogas provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización.” (Rossi, 2008, pág. 38)

A diferencia de los dos subtipos anteriormente desarrollados, estas drogas no buscan agudizar los sentidos o generar sensación de calma, sino más bien están encaminadas a producir en la persona una alteración intencional en la percepción de la realidad. Este tipo de drogas son las favoritas en la población juvenil que busca nuevas experiencias y sensación de pertenencia a un grupo que generalmente induce al consumo de estas sustancias. La droga alucinógena más común y de acceso relativamente sencillo es la marihuana. Además encontramos al LSD que se popularizó con el denominado movimiento “hippie” de los años 60, el peyote y el PCP o “polvo de ángel”.



### Clasificación de acuerdo al régimen jurídico:

- **Drogas legales:** Son aquellas cuya venta se permite de manera libre con la única condición de que la persona que las adquiera haya cumplido la mayoría de edad. Aquí encontramos al tabaco y el alcohol.
- **Drogas controladas:** Es todo medicamento u otra sustancia que es sumamente controlada tanto en la elaboración y expendio pues su uso inescrupuloso y no regulado puede provocar adicción.. Las sustancias controladas incluyen opioides, estimulantes, depresores, alucinógenos y esteroides anabolizantes. Normalmente son sustancias que se usan para tratar trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión, y solo se pueden adquirir con receta médica. Encontramos por ejemplo antidepresivos como la Fluoxetina, así como la morfina. La marihuana para uso medicinal también entra dentro de esta categoría.
- **Drogas ilegales:** Son todas aquellas cuya elaboración y expendio constituye un delito y solo pueden ser adquiridas de manera ilegal a través del mercado negro. Un ejemplo es la cocaína, la cual no se ha demostrado que tenga un uso medicinal y su tráfico es ilegal. (Universidad Autónoma de Hidalgo, 2014, pág. s.n.)

Es esta última clasificación es la que resulta trascendental dentro del ámbito jurídico y en la que nos centraremos a lo largo de nuestra investigación. Puesto que el inconveniente que existe es en la mayoría de casos, en cuanto a las drogas ilegales, y las drogas estupefacientes dentro de nuestro medio, así que para entender de una mejor manera la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas era necesario hacer esta diferencia según su clasificación.

#### 2.1.2 Tipos de Consumo

La clasificación de los niveles de consumo responde generalmente a la periodicidad con la que una persona consume sustancias estupefacientes o psicotrópicas.



**“CONSUMO EXPERIMENTAL:** Corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias psicoactivas, que puede ser seguida de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras. Como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla. No hay hábito y generalmente no se compra la sustancia, sino que se comparte.” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016, pág. 97)

La adolescencia es ampliamente conocida como una etapa de transición en la vida de la persona. Dentro de esta etapa generalmente se define el carácter y los rasgos de personalidad del individuo en preparación a la adultez, consecuentemente se presentan caracteres de rebeldía y ganas de probar y experimentar cosas nuevas como una especie de rito de iniciación para abandonar la etapa de niñez. La necesidad de pertenencia grupal y la presión social también son factores clave que inciden en la probabilidad de que un adolescente experimente con este tipo de sustancias. A mi criterio, el consumidor experimental se diferencia del resto de consumidores por el hecho de que carece de experiencia previa acerca de los efectos de estas sustancias, y dependiendo de factores fisiológicos y psicológicos, puede estar propensa a generar una adicción incluso con la primera ingestión de sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas.

**“CONSUMO OCASIONAL:** Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; conoce



la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume. No hay hábito y generalmente no compra la sustancia; también se la comparte.” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016)

El segundo nivel de consumo es el de la persona que, sin haber desarrollado un hábito o costumbre periódica, suele consumir sustancias drogas en diversas ocasiones, como por ejemplo por motivo de fiestas o reuniones. Son personas que no han hecho del consumo parte de su vida cotidiana y consecuentemente no han desarrollado propensión a la adicción.

**“CONSUMO HABITUAL:** Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo. Suele comprar la sustancia.” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016, pág. 97)

Este tipo de consumidor ya ha desarrollado un hábito en el consumo de drogas, sabe cuándo y cuándo no puede consumir estas, o en su defecto programa con anticipación los momentos destinados al consumo de drogas, que pueden ser diarios, semanales o mensuales. Considero que la diferencia con el ocasional, es que el consumidor habitual tiene una periodicidad fija o más o menos fija en la que destina su tiempo para consumir



drogas. A mi parecer, este consumo no reviste una gravedad que pueda afectar considerablemente la rutina diaria, el trabajo o las relaciones interpersonales.

**“CONSUMO PERJUDICIAL:** Según el CIE 10, se trata de una forma de uso de la sustancia psicoactiva que está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016, pág. 98)

Considero que este nivel de consumo se encuentra dentro de la frontera entre el consumo y la adicción. Nos encontramos frente a personas que generalmente sienten la necesidad consumir drogas, y este consumo afecta la salud del individuo. Un ejemplo que en lo personal he podido corroborar, es el de la persona que busca excusas o pretextos para consumir alcohol o drogas aduciendo un mal día en el trabajo, conflictos familiares, etc.

**“CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS:** Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial para la persona que consume o su entorno, esto es, problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros. El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares); riesgos de salud o físicos; problemas legales y compromiso en conductas antisociales; y problemas sociales o interpersonales (ver definición de abuso). En términos operacionales, en los estudios nacionales sobre consumo de drogas se considera consumo problemático a las personas que califican, de acuerdo con los criterios diagnósticos respectivos, como consumidores abusivos o dependientes. El consumo problemático de drogas tiende a estar relacionado con dificultades personales o familiares y con circunstancias sociales y económicas adversas. Estos factores son similares a los que a menudo se encuentran ligados también a otros problemas sociales como, por ejemplo, las enfermedades mentales y





la delincuencia. En este sentido, también puede argüirse que cuanto más se generalice el consumo de drogas, entre la población general, más fácil será que las personas con los problemas anteriormente señalados se conviertan en consumidores problemáticos de drogas.”

Pienso que este es el nivel más crítico de consumo y es la clasificación en donde encontramos a la drogadicción propiamente dicha. La situación de estas personas ha rebasado el simple consumo recreacional y se ha constituido como una enfermedad que degenera todos los aspectos fisiológicos, psíquicos y sociales de la persona. El consumidor problemático es alguien que piensa en drogarse todo el tiempo y todas sus actividades las realiza con la intención exclusiva de consumir las sustancias que su organismo le pide. Puedo asegurar que para estas personas el consumo de drogas ha dejado de ser un gusto o recreación, y se ha vuelto una necesidad imperiosa que es prácticamente imposible de controlar a voluntad.

### **2.1.3 Métodos de comprobación de la Enfermedad de la Adicción**

#### **Examen toxicológico**

“Se refiere a diversas pruebas para determinar el tipo y la cantidad aproximada de drogas legales e ilegales que una persona ha tomado. El examen toxicológico se hace con mayor frecuencia utilizando una muestra de sangre u orina.

Si el examen se utiliza como análisis para drogas, tiene que hacerse durante cierto período de tiempo después de haber tomado la droga o fármaco o mientras aún se puedan detectar formas de ésta en el cuerpo.” (Beaumont Health, 2017, pág. s.n.)

Este examen se efectúa generalmente usando una muestra de sangre u orina. También puede efectuarse después del consumo de una sustancia utilizando los contenidos estomacales, los cuales se obtienen por medio del vómito o un lavado gástrico.



“Este examen con frecuencia se utiliza en situaciones médicas de emergencia y puede emplearse para evaluar posibles sobredosis o intoxicación accidental o intencional. Asimismo, puede ayudar a determinar la causa de toxicidad aguda por drogas, vigilar la farmacodependencia y determinar la presencia de sustancias en el cuerpo para propósitos médicos o legales.” (Beaumont Health, 2017, pág. s.n.)

Respecto al análisis para drogas, la prueba tiene que hacerse durante cierto período de tiempo después de haber ingerido la droga o fármaco. Los ejemplos son los siguientes:

1. Alcohol: 3 a 10 horas
2. Anfetaminas: 24 a 48 horas
3. Barbitúricos: hasta 6 semanas
4. Benzodiazepinas: hasta 6 semanas con un alto nivel de consumo
5. Cocaína: 2 a 4 días y hasta 10 a 22 días si el consumo es excesivo
6. Codeína: 1 a 2 días
7. Heroína: 1 a 2 días
8. Hidromorfona: 1 a 2 días
9. Metadona: 2 a 3 días
10. Morfina: 1 a 2 días
11. Fenciclidina (PCP): 1 a 8 días
12. Propoxifeno: 6 a 48 horas
13. Tetrahidrocannabinol (THC): 6 a 11 semanas con consumo excesivo

El examen toxicológico puede determinar la presencia y cantidad de una droga en el cuerpo. Una elevada cantidad de droga presente en el organismo es un claro indicador de adicción.



La importancia de este examen radica en que es uno de los indicadores más relevantes para la identificación científica del adicto y su distinción objetiva del consumidor habitual que no presenta la enfermedad. Es decir, si a una persona se le detiene con una sustancia que después de las diferentes pruebas presenta un resultado positivo de cocaína, la alta concentración de esta sustancia en el cuerpo es un indicador objetivo de que la persona presenta un cuadro de adicción a esta sustancia, y que por ende portaba cantidades considerables del producto que exceden a las que normalmente portaría un consumidor habitual que no presenta esta dependencia.

Ahora bien, también sería mucho más factible darse cuenta si la cantidad de droga que está presente en el organismo y la cantidad de droga con la que se le detiene a una persona coincide con lo que posiblemente consumió el enfermo. La información de la cantidad que consume el enfermo se obtiene a través del examen psicosomático del cual se tratará a continuación.

### **Examen psicosomático**

“En el caso de los trastornos adictivos, la necesidad de instrumentos de evaluación de la gravedad del abuso/dependencia resulta igualmente obvia. En el contexto sanitario actual de una Medicina eficiente que busca proporcionar mejorar las necesidades de los pacientes a los sistemas de cuidados, es imprescindible conocer y monitorizar los problemas que presentan los pacientes y su gravedad, así como evaluar los resultados de nuestras intervenciones de una forma estandarizada.”  
(Bobes, 2007, pág. 11)

Entre los criterios que se toman en cuenta dentro del análisis psicosomático encontramos:

- Información de filiación del supuesto consumidor
- Motivo de la evaluación (donde consta cómo lo retuvieron)
- Edad de inicio
- Severidad del consumo



- Estado del síndrome de abstinencia (condiciones físicas) (Diario El Telégrafo, 2015, pág. s.n.)

En este examen permite al profesional especializado determinar si una persona miente para intentar alegar una enfermedad que no existe; es así que por medio de este examen, que se realiza a través de diferentes test psicológicos y entrevista personal, podemos obtener resultados que se manejan a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud. Este examen es sumamente importante para darnos cuenta si la persona presenta los signos y síntomas de un enfermo adicto.

Adicionalmente a los exámenes tanto toxicológico como psicosomático, para el análisis y detección de la adicción es importante contar con certificados de los centros de rehabilitación donde la persona haya sido previamente internada de ser el caso; así como certificados emitidos por psicólogos y/o psiquiatras que previamente hayan tomado el caso de la persona presuntamente adicta, es así que existen algunos métodos de comprobación de la enfermedad que en el caso del Ecuador son realizados por peritos calificados.

## **2.2 LA ENFERMEDAD DE LA ADICCION: ¿ES UN DELITO?: El desapego a la realidad de las cantidades permitidas en la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas**

### **2.2.1 La variación de la tolerancia a las drogas en el organismo de las personas adictas**

Como ya se indicó en el primer capítulo de este proyecto de investigación, la tolerancia es un factor que en algunos casos viene siendo desfavorable para el adicto, pero en este tema haremos énfasis a su situación desfavorable dentro del campo jurídico. Esta tolerancia es perjudicial puesto que un adicto que ha logrado desarrollar una tolerancia considerable (por lo general la mayoría de adictos) frente a la sustancia que consume, siempre necesitará de cantidades mayores, debido a que una vez introducida la sustancia a su cuerpo, la misma



no producirá el resultado deseado si no se introduce la cantidad que iguale o sobrepase la tolerancia del enfermo.

De manera explicativa para un mejor entendimiento, expondré ejemplos prácticos sobre estas manifestaciones de tolerancia: en primer lugar tenemos el caso de un alcohólico (enfermo adicto), al inicio para conseguir el resultado deseado que es emborracharse, necesita solo unas 10 copas de alcohol, pero al pasar el tiempo y seguir consumiendo siempre esas 10 copas de alcohol su cuerpo y mente se acostumbran, es decir empiezan a desarrollar tolerancia a esas 10 copas de alcohol, por lo que empieza a consumir cantidades mayores para poder obtener el resultado deseado; es decir que ahora tiene que introducir a su organismo 15 copas de alcohol para obtener el resultado satisfactorio que desea, pero al igual que con esas 10 copas anteriores el cuerpo y la mente se acostumbrarán a las 15 copas y cada vez necesitará más y más sustancia para llegar a su objetivo, incluso llegando en algunos casos a tener que introducir ya no copas que contengan la sustancia adictiva si no que necesitará de botellas enteras que contengan alcohol, y es ahí donde su tolerancia al alcohol rebasa el de aquel que no acostumbra a consumir alcohol con tal magnitud.

Entonces, si trasladamos esta lógica al ámbito de consumo de drogas ilegales, es fácil entender que la tenencia de cantidades superiores a las establecidas en la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas no responde a un deseo del adicto en transgredir la ley y cometer ilícito, sino más bien se debe a la necesidad fisiológica que su adicción ha provocado.

Al momento de elaborar la tabla, se ha omitido la consideración de que existen una serie de factores que vienen inmersos en las adicciones y que no dependen del enfermo, sino que son síntomas y factores externos a la voluntad del mismo; es así que al hablar de que se le permite a un enfermo adicto consumir solo 2 gramos de paste base, se estaría diciendo que él puede consumir o portar hasta dos cigarrillos (coloquialmente denominados “pistolas”) armados con esta sustancia para su consumo; es decir, un adicto solo podría fumar dos pistolas al día según esta tabla. Basta consultar a cualquier adicto enfermo sobre la suficiencia de esta cantidad, y la respuesta sería que es imposible consumir solo 2 gr.,



incluso las cantidades que venden en fundas o paquetes de este tipo de droga nunca son menores a los 5gr. Entonces es tan desproporcional las cantidades de esta tabla que al igual que con el ejemplo de las 10 copas de alcohol, los 2gr no son suficientes para llegar al estado que fisiológicamente es requerido para satisfacer a su organismo y no tener que sufrir por las consecuencias de la abstinencia. Incluso existen adictos enfermos (en una gran cantidad) que consumen hasta 25gr. diarios de pasta base de cocaína, e incluso existe un número más reducido de adictos que llegan a consumir de 40 a 50 gr. diarios de pasta base de cocaína.

“(…) Hace 7 años atrás cuando estuve en los últimos momentos de mi vida activa en la adicción, antes de que me internen, yo me sentaba a vacilar 50 gramos diarios con el finadito “vaganini”... habían ocasiones en las que fumábamos en platos. Sería imposible decir cuánto fumábamos, pero medio kilo de bazuco lo picábamos en un plato y entre 9 panas nos fumamos en toda la noche (...)” (Matute, 2017)

Entonces podemos colegir que existe una variación en cuanto a la tolerancia de una persona adicta a otra, e incluso de una sustancia a otra en cuanto a la persona que lo consume.

Esta variación de la tolerancia depende de factores del organismo y factores físicos de cada individuo.

“Tolerancia (la habilidad del organismo de procesar cierta cantidad de droga). La tolerancia se desarrolla con el tiempo. De tal manera que la cantidad necesaria de un usuario veterano para sentir los efectos es mucho más grande que la que necesita un usuario novato para sentir el mismo efecto. La tolerancia oscila y depende de muchos factores incluyendo: peso, talla, enfermedades, sistema inmune comprometido (dada por la hepatitis) y la edad (desmulle con el tiempo por lo que hay más muertes entre usuarios viejos). Aún más importante, la tolerancia disminuye rápidamente cuando una persona toma un descanso de usar (a propósito durante tratamiento o involuntariamente durante tiempo encarcelado o



hospitalizado, los usuarios que no están en un lugar familiar o están en un lugar nuevo tienen más riesgo de una sobredosis.” (Organización HRC, 2014, pág. s.n.)

### **2.2.2 Las motivaciones que llevan a personas adictas para obtener cantidades no permitidas por la tabla**

Para hablar de este tema primero tenemos que referirnos a cómo funciona la obtención de las sustancias en el medio social de nuestro país. Hay que partir mencionando que el consumidor habitual es quien ya comienza con la obtención de sustancias para su consumo, es decir que el consumidor experimental y el ocasional no obtienen sustancias a través de su propia adquisición, sino que las obtienen a través de obsequios de amigos o conocidos que son consumidores. Ahora bien, el consumidor habitual tampoco compra directamente la sustancia al expendedor, sino que al inicio se ayuda de alguien (amigo o conocido) para que este interceda por él y la adquiera a modo de compra; pero la diferencia que existe con los consumidores experimentales y ocasionales es que el consumidor habitual aporta su propio dinero para que se adquiera la droga, mientras que los otros reciben como regalo.

Al incrementar la tolerancia del consumidor habitual por los diferentes motivos que demostramos en páginas anteriores, este necesita la sustancia más repetidamente, y es por eso que necesita que le ayuden a adquirir cada vez más, pero aquí debemos indicar que quien compra directamente la droga por lo general es un consumidor perjudicial o problemático, y el beneficio de este por la compra es recibir una cantidad específica de la misma sustancia.

Entonces es aquí donde comienzan a incidir algunos factores para que el consumidor habitual ya no busque a otras personas para la adquisición de la droga; pues debido a la tolerancia, éste necesita cada vez más cantidades de droga, y consecuentemente necesita gastar más dinero para abastecer su dosis y la del intermediario. Más aún, el consumidor en esta etapa no puede aún adquirir cantidades elevadas para el consumo prolongado, ya que por factores familiares y sociales el consumidor realiza su actividad de manera escondida con el temor constante a ser descubierto



Entonces, es aquí donde la gran mayoría de consumidores habituales empiezan a cruzar la brecha del consumo habitual y empiezan a configurarse de manera progresiva como consumidores problemáticos. Estos individuos al no necesitar la intervención de un intermediario, compran directamente el producto cada vez que su deseo abrumador de consumo se presenta; incluso se empiezan a familiarizar con términos de jerga callejera como “dealer” o “pusher” y abandonan gradualmente obligaciones diarias para coincidir con las horas en que los proveedores están disponibles para la compra.

Ahora bien, una vez que conocemos cómo se realiza la obtención de la sustancia, tenemos que indicar que existen diferentes factores para que el adicto obtenga más de lo permitido por la ley, es así que tenemos:

- 1.- El primer factor y el más importante es la tolerancia como ya lo habíamos indicado en líneas anteriores.
- 2.- El factor miedo del micro traficante, en este factor necesitamos dar una explicación más profunda desde el punto de vista del expendedor. Cuando nos referimos al miedo del mismo, nos referimos al miedo de afrontar las consecuencias legales de su conducta ilícita, es por eso que los micro traficantes tienen ciertos “códigos de calle” para su supuesta seguridad, como por ejemplo: el hecho de no vender la sustancia a desconocidos por temor a que se traten de policías encubiertos, no vender la sustancia si llegan a comprar personas grupo por temor a robos o a llamar demasiado la atención, no vender a cada momento en el mismo día y a la misma persona, y este es uno de los problemas más comunes de por qué el enfermo sobrepasa las cantidades de consumo permitidas por la tabla.
- 3.- Factor miedo del consumidor, en este caso tenemos que observar desde la óptica del enfermo, y es aquí donde también nos encontramos con el miedo de que si se compra pequeñas cantidades se tendría que comprar a cada momento para satisfacer la necesidad de la adicción, y eso implica exponerse tanto a la sociedad, familia y a las consecuencias; es por eso que la mayoría de consumidores perjudiciales y problemáticos en este caso adquieren la sustancia en cantidades que abastezcan alrededor de 3 a 4 días de consumo.





4.- También tenemos el factor prestigio ante el círculo social de consumidores, en este factor por lo general está el consumidor habitual; y aquí predomina la parte psicológica de cada consumidor porque, al igual que con el alcohol, este grupo de personas se las considera como “menos prestigiosos”. En otras palabras, el que consume en pocas cantidades no es bien visto dentro de los círculos sociales del consumo de drogas. Se podría incluso afirmar que uno de los requisitos para ser aceptados en estos grupos es consumir grandes cantidades de sustancias estupefacientes y de manera prolongada.

### **2.2.3 La obsesión y compulsión como desventajas para el adicto en el campo legal.**

Habiendo indicado en páginas anteriores lo que es la obsesión y la compulsión, vamos en este tema a profundizar el por qué estos dos fenómenos son perjudiciales en el campo jurídico para el enfermo. La enfermedad de la adicción se compone de obsesión y compulsión, es decir, al adicto le sobreviene un pensamiento de consumir su droga predilecta y él no la puede manejar, es así que permite que ese pensamiento ronde en su cabeza hasta que llegue a convertirse en una obsesión (la idea fija que ronda a la mente). El conflicto para el enfermo es que sólo tiene dos opciones para controlar la obsesión: la una es realizando lo que su pensamiento le pide (consumir), y la segunda opción es hablar de esos pensamientos con personas especializadas en el tema (psicólogos, psiquiatras, terapeutas, etc.) o dentro de grupos de autoayuda; incluso existen casos en los que la obsesión es tan fuerte que deriva en un trastorno en el cual se necesita de medicamentos y de un médico psiquiatra para su tratamiento.

Ahora bien, una vez que el enfermo consume para detener o satisfacer esa obsesión, se activa el segundo factor de la enfermedad de la adicción que es la compulsión, y es aquí donde el enfermo adicto una vez que probó esa primera dosis de droga ya no puede detenerse sino por factores externos a él. Se podría decir que el factor económico también es perjudicial o podría ayudar a parar el consumo del enfermo, pero la realidad es otra, ya que el enfermo buscará absolutamente todos los mecanismos para conseguir el dinero para



seguir consumiendo, y es aquí donde se producen los robos, estafas, manipulaciones e incluso la prostitución para resolver el factor económico.

Uno de los principales problemas por los que tiene que atravesar un enfermo adicto es que la sociedad no considera a su problema como una verdadera enfermedad. La realidad social es que muchas personas tienen la idea errónea de que la enfermedad de la adicción se puede solucionar con simples consejos y con la “fuerza de voluntad” del enfermo. En realidad esta problemática debería ser tratada como un asunto de salud pública con igual énfasis e intensidad que otras enfermedades que están protegidas dentro del sistema de salud pública nacional.

La estigmatización social de la adicción es otro yugo que constriñe la vida de los enfermos adictos. Mientras que otras enfermedades son tratadas por los médicos y la sociedad con esmero y consideración, la adicción al ser automáticamente asociada con vicios o deficiencias morales provoca un estado de indefensión a estas personas que debe ser gradualmente superado.

En el campo jurídico, aparentemente si se considera a la adicción como una enfermedad, pero como lo hemos demostrado en este capítulo, no es así. Al crear la tabla de sustancias estupefacientes y psicotrópicas no se tomó en cuenta todos estos factores, haciendo que al día de hoy a la persona que tiene la enfermedad de la adicción se la criminalice. Por más radical que suene, en la misma forma que un diabético necesita la insulina para satisfacer una urgencia fisiológica, el adicto consume drogas por la dependencia biológica irresistible que le constriñe. Bajo esta premisa, así como resultaría ilógico que se criminalice a un diabético por requerir grandes cantidades de insulina, el adicto debería tener la misma consideración legal.

Entonces así podemos demostrar que estos dos signos de la adicción, esto es la obsesión y la compulsión, desfavorecen al enfermo en el campo jurídico porque ellos son los que generan el consumo excesivo de sustancias, haciendo incluso que sobrepasen las cantidades permitidas por la antes mencionada tabla.



### **CAPITULO III: EL PAPEL DEL DERECHO EN RELACIÓN A LAS ADICCIONES**

#### **3.1 EL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA ADICCIÓN EN EL DERECHO COMPARADO**

Una vez analizada la realidad socio-jurídica que rodea a la adicción y tenencia de sustancias estupefaciente y psicotrópicas en el Ecuador, es menester analizar el régimen jurídico comparado latinoamericano. Se ha tomado como referencia dos países que tradicionalmente han sido asociados con la problemática del tráfico y producción de drogas como Bolivia y Colombia; así como también se analizará la legislación chilena pues contiene rasgos comparables a lo dispuesto en el Ecuador.

##### **3.1.1 Legislación de Bolivia**

Bolivia es uno de los países andinos que a lo largo de la historia ha presentado una gran problemática referente a la producción y consumo de cocaína.

El referente legislativo boliviano respecto al consumo y tenencia de estupefacientes es la Ley 1008 Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas 20 de julio de 1988, la cual expresa lo siguiente respecto al tráfico, tenencia y consumo:

*Artículo 33°.- Para los efectos de la presente ley se entiende por:*

*m) **TRAFICO ILICITO:** Se entiende por tráfico ilícito de sustancias controladas todo acto dirigido o emergente de las acciones de producir, fabricar, poseer dolosamente, tener en depósito o almacenamiento, transportar, entregar, suministrar, comprar, vender, donar, introducir al país, sacar del país y/o realizar transacciones a cualquier título; financiar actividades contrarias a las disposiciones de la presente ley o de otras normas jurídicas.*



***Artículo 48.- Tráfico.-** El que traficare con sustancias controladas será sancionado con presidio de diez a veinticinco años y diez mil a veinte mil días de multa. Constituye circunstancia agravante el tráfico de sustancias controladas en volúmenes mayores. Este artículo comprende toda conducta contemplada en la definición de tráfico dada en el inciso m) del artículo 33 de esta ley.*

***Artículo 49.- Consumo y Tenencia para el Consumo.-** El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.*

*La cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinada previo dictamen de dos especialistas de un instituto de farmacodependencia público. Si la tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del artículo 48° de esta ley.*

Considero que un acierto trascendental de la legislación boliviana lo encontramos en el artículo 49 de la Ley citada. Es interesante notar que al dependiente y al consumidor no habitual se les da un tratamiento diferenciado respecto de los traficantes; considerándolos como personas que, debido a su condición de falta de habitualidad o de ser enfermos dependientes, no deben ser sujetos a penas privativas de libertad, sino a un tratamiento que asegure su rehabilitación.

Entonces, puedo deducir que en Bolivia la dependencia a las drogas es considerada como un problema de salud pública, según el cual el Estado debe agotar las medidas necesarias para asegurar la integridad física y psicológica de estas personas.



A su vez, el criterio para la determinación de cantidades mínimas para el consumo personal no está regido por una tabla rígida como sucede en Ecuador, sino que se necesita la opinión de científicos especialistas para determinar estas cantidades de acuerdo a las características circunstanciales de cada caso en específico. Bajo este precepto, la cantidad mínima de droga no será igual respecto de un consumidor habitual y de un adicto, por lo que en ese aspecto, considero que hay un criterio proteccionista que debería ser adoptado en la legislación de nuestro país.

### 3.1.2 Legislación de Colombia

El caso colombiano es especial, pues es el único país de Latinoamérica donde la despenalización del consumo de drogas no fue establecida por el órgano legislativo (Congreso de la República de Colombia), sino por una jurisprudencia de la Corte Constitucional.

En 1973, cuando el Congreso colombiano atribuyó facultades especiales al Presidente para regular la crisis de drogas que existía en esa época, se estableció el Estatuto de Estupefacientes con la intención de regular el consumo y tráfico, definiéndose a su vez el concepto de dosis personal como “la cantidad de fármaco o droga que ingerida de una sola vez produce efectos”. (Pachón, 2015, pág. s.n.)

La Corte Suprema de Colombia estableció mediante jurisprudencia que la dosis personal llegaba hasta los 28 gramos en marihuana. Luego, con la Ley 30 de 1986 se entablaron parámetros conceptuales en relación con los estupefacientes, tal como se expresa en su artículo 2, inciso J:

*“j) Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. “Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte gramos (20); la de marihuana hachís que no exceda de cinco gramos (5); de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína que no exceda de un gramo (1) y de metacualona que no exceda de dos gramos (2).*



*No es dosis para uso personal, el estupefaciente que una persona lleva consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad”*  
(Corte Suprema de Colombia, 1986, pág. s.n.)

Así, el concepto de dosis personal ha existido en Colombia desde los primeros cuerpos normativos referentes a la regulación en materia de drogas, sin que se considere la penalización o infracción del consumo, ni el hecho de portar dosis personales; generando garantías al desarrollo de la libre personalidad y el establecimiento de un concepto de respeto a las libertades, tal y como se debatió en la Corte Constitucional en 1994, donde se estableció que el consumo de estupefacientes no debería considerarse como un delito o contravención, y se eliminó la pena privativa de libertad para los portadores de dosis mínimas, con el argumento del libre desarrollo de la personalidad:

*“(…) El legislador no puede válidamente establecer más limitaciones que aquellas que estén en armonía con el espíritu de la Constitución. La primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo. Si a la persona se le reconoce esa autonomía, no puede limitársela sino en la medida en que entra en conflicto con la autonomía ajena. El considerar a la persona como autónoma tiene sus consecuencias inevitables e inexorables, y la primera y más importante de todas consiste en que los asuntos que sólo a la persona atañen, sólo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen. Cuando el Estado resuelve reconocer la autonomía de la persona, lo que ha decidido, ni más ni menos, es constatar el ámbito que le corresponde como sujeto ético: dejarla que decida sobre lo más radicalmente humano, sobre lo bueno y lo malo, sobre el sentido de su existencia. Que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida mientras ésta no interfiera con la autonomía de las otras, es parte vital del interés común en una sociedad personalista, como la que ha pretendido configurar la Carta Política que hoy nos rige. Si el derecho al libre desarrollo de la personalidad*



*tiene algún sentido dentro de nuestro sistema, es preciso concluir que, por las razones anotadas, las normas que hacen del consumo de droga un delito, son claramente inconstitucionales.” (Corte Constitucional de Colombia, 1994, pág. s.n.)*

Ahora bien, una crítica personal a la legislación colombiana es que, a pretexto del libre desarrollo de la personalidad, se estaría creando una especie de libertad para la autodestrucción de los drogadictos. En cambio, pienso que lo que se debería hacer es propender al ideal de la legislación boliviana, es decir encaminarse a una legislación que no abandone a los enfermos adictos “a su suerte”, sino que se establezca un plan estratificado de asistencia a los enfermos adictos. En definitiva, puedo acotar que en Ecuador se debería buscar un balance entre lo dispuesto en la legislación colombiana sobre la no penalización de las decisiones de vida de personas adultas; y lo dispuesto por la legislación boliviana acerca de la protección estatal debida hacia estas personas adictas que lamentablemente han tomado decisiones que afectan su salud, pero que no por el hecho de haber tomado estas decisiones el Estado deba desprotegerlos y penalizarlos.

### **3.1.3 Legislación de Chile**

En Chile Encontramos la Ley 20.000 Sustituye la Ley 19.366, que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas 16 de febrero de 2005, la cual expresa lo siguiente:

***Artículo 4.-** El que guarde o porte consigo pequeñas cantidades de sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, o de materias primas que sirvan para obtenerlas, sea que se trate de las indicadas en los incisos primero o segundo del artículo 1º, será castigado con presidio menor en sus grados medio a máximo y multa de diez a cuarenta unidades tributarias mensuales, a menos que justifique que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo. En igual pena incurrirá el que adquiera, transfiera, suministre o facilite a cualquier título pequeñas cantidades de estas sustancias, drogas o materias primas,*



*con el objetivo de que sean consumidas o usadas por otro.* (Congreso Nacional de Chile, 2005, pág. s.n.)

Como se puede denotar, la legislación chilena también criminaliza la tenencia de drogas como sucede en Ecuador, sin embargo hay diferencias que resultan interesantes de resaltar. La primera diferencia radica en el hecho de que en Chile se habla de “pequeñas cantidades”, sin existir una tabla que taxativamente exprese la cantidad y peso de estas sustancias. Si bien este aspecto puede ser visto como una desventaja por el criterio subjetivo en la determinación de las cantidades, considero que más bien es un acierto pues da lugar a un análisis más detallado y circunstancial de la cantidad de droga en relación al tipo de consumidor. Luego, resulta notable que esta tenencia no es penada cuando se demuestre que la droga ha sido prescrita para el tratamiento de una enfermedad, pero más interesante aún: que esta droga sea de uso exclusivamente personal.

Bajo este precepto, es posible deducir que en Chile la adicción propiamente dicha no es penada, debido a que no hay un mínimo o máximo de tenencia de sustancias estupefacientes cuando se trate de consumo personal exclusivo; lo cual pienso que en Ecuador no se aplica, debido a que cualquier cantidad que sobrepase lo establecido en la tabla es susceptible de sanción penal sin importar la comprobación o no del uso exclusivo personal.

### **3.2 EL TRATAMIENTO JURÍDICO PENAL DE LA ADICCIÓN EN EL ECUADOR**

#### **3.2.1 Antecedentes normativos previos a la vigencia del Código Orgánico Integral Penal**

Jorge Paladines (2016) en su obra *“En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en el Ecuador”*, ha recabado de manera detallada la historia de la regulación jurídica en materia de drogas en el Ecuador. Consecuentemente, se expondrá a continuación las partes más relevante.





El autor afirma que la evolución jurídica de la regulación de las drogas en el Ecuador tiene más de un siglo. Los diversos cuerpos normativos encaminados a regular las drogas en el Ecuador han sido los que se exponen a continuación:

1. Ley de control del Opio de 1916
2. Ley sobre importación, venta y uso del opio y sus derivados y de los preparados de la morfina y de la cocaína de 1924
3. Ley sobre el tráfico de materias primas, drogas y preparados estupefacientes de 1958
4. Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes de 1970
5. Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias psicotrópicas de 1974
6. Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1987
7. Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1990 (Ley 108)
8. Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización de 2015

De acuerdo a Paladines, cada una de estas normativas respondió a diversos criterios que se vivían en el contexto histórico nacional e internacional de la época en que cada ley fue publicada. Las discusiones internacionales en materia de la prohibición del opio, lideradas por Estados Unidos, propiciaron la creación de la Ley de control del opio en 1916, naciendo así el paradigma prohibicionista y enjuiciamiento moral al consumo de drogas en el Ecuador. Posteriormente, en 1924 se amplía el espectro de reproche hacia otras sustancias como la morfina y la cocaína, consideradas como las “plantas del mal”.

No sería hasta 1958 donde aparece por primera vez el término “tráfico” dentro de la legislación referente a drogas, y desde entonces hasta el día de hoy se ha configurado como el término usado por los promotores de la prohibición para reprimir toda conducta asociada con drogas. A partir de este punto el reproche a las drogas adquiere impronta penal, y de



esta forma en 1970 ya se establece una escala de castigo de ocho a doce años de reclusión por tráfico de drogas.

1974 marca el año donde se comienza a incluir las sustancias psicotrópicas y diferenciarlas de las estupefacientes, como consecuencia de las listas realizadas por la Organización Mundial de Salud en 1961. Y no solo eso, otro aporte de la ley de 1974 es que por primera vez se hace una distinción entre el tráfico de drogas y la comercialización de marihuana, la cual recibe un tratamiento atenuado.

En este punto de la historia, el gobierno de León Febres-Cordero, conocido por su represión, establece una política que constituyó un punto álgido en la historia penal ecuatoriana. La Ley de Control y Fiscalización del Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1987 equiparó la pena de homicidio con las penas de los delitos relacionados a drogas, estableciéndose así una pena que fluctuaba entre los doce y dieciséis años de reclusión.

Pero no sería sino hasta la expedición de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1990, también conocida como Ley 108, donde se llegó a un paradigma prohibicionista sin precedentes donde el gobierno cedió a las agencias policiales algunas de las tareas básicas de su política.

“La Ley 108 ha facilitado un marco judicial punitivo al casi no cuestionar la labor policial. Asimismo, contribuye a la generación de un corporativismo que desborda los roles propios de las agencias de seguridad al creer que todas las lógicas de las detenciones deben corroborarse en lógicas de condenas. De ahí que la filosofía prohibicionista puede traducirse en una lucha moral para erradicar el consumo de drogas en las calles, es decir, a través del falso predicado de “reprimir para prevenir”. En esta tarea se asimilan como enemigos también a los consumidores, quienes forman parte de la selectividad penal por ser precisamente los desviados del sistema. Se desata entonces una labor higienista para limpiar el espacio público de drogas y drogadictos, o sea, para excluir al “fumón”, “marihuanero”, “drogadicto” o



“vicioso” por ser un peligro para la sociedad<sup>31</sup>. Sin duda, aquello sería como un espejismo, pues: “Criminalizar el consumo de una droga para evitar la drogadicción es como criminalizar el sexo para prevenir el sida” (Samper, citado por Paladines, 2016, p. 25)

De esta forma, el autor afirma que el Ecuador formó parte de la paranoia colectiva de los años ochenta en la famosa “guerra contra las drogas”, originada en la infame época de Pablo Escobar, donde se buscaba acosar y perseguir cualquier expresión que sea asociable con el tráfico de drogas.

Hoy, con el Código Orgánico Integral Penal (COIP), el legislador ha buscado enmendar el carácter desproporcionado de las penas y propender a la implementación de políticas menos represivas, en armonía con el mandato constitucional del artículo 364 que proscribe la criminalización de las adicciones y la vulneración de los derechos constitucionales del adicto. (Paladines, 2016)

### **3.2.2 Legislación ecuatoriana actual respecto a la adicción**

Como se ha demostrado a lo largo de esta investigación, la legislación penal actual criminaliza a los enfermos adictos; y esto se debe principalmente a las cantidades desproporcionadas planteadas por la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, las cuales no reflejan lo que realmente un adicto puede portar por su condición. En definitiva, considero que esta rigidez en la legislación criminaliza a los enfermos. Para un mejor entendimiento, haremos un resumen jurídico de cómo está nuestra legislación penal actual:

Nuestra Constitución protege y garantiza el derecho a la salud y en especial a las adicciones en su Art. 364, en este caso podemos decir que el Estado garantiza el tratamiento de las personas que tengan la enfermedad de la adicción; e incluso en este artículo garantiza que no pueden ser criminalizados, tanto así que el Estado dentro de sus políticas gubernamentales ha creado los Centros Especializados en el Tratamiento a Personas con



Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas. (CETAD) a nivel nacional; es decir, nuestra Constitución garantiza la ayuda oportuna para el tratamiento de esta enfermedad.

El Código Orgánico Integral Penal en el último inciso de su artículo 220, numeral 2, indica que *“la tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas para uso o consumo personal en las cantidades establecidas por la normativa correspondiente, no serán punibles”*; es decir nuestro COIP de igual manera garantiza que no pueden ser criminalizadas las personas con esta enfermedad. Entonces, hasta este momento, tanto nuestra Constitución como nuestro COIP están en armonía con relación a la protección del enfermo adicto.

Sin embargo, la otra cara de la moneda la tenemos en la Resolución del CONSEP No. 2, constante en el Registro Oficial Suplemento 628 de 16 de noviembre del 2015, pág. 2. A mi consideración, las cantidades expuestas por la tabla son absurdas y desproporcionadas. De aplicarse estrictamente lo establecido por la tabla, solo la categoría previamente analizada de consumidores experimentales quedarían excluidos de una sanción penal, y esto dependiendo de la circunstancias, porque recordemos que los consumidores experimentales no necesariamente compran la sustancia, sino que están siempre a expensas de regalos o dádivas de otras personas; es decir que si se les regala más de las cantidades permitidas, ni siquiera ellos podrían estar exentos de sanción penal.

Entonces esta resolución es inconstitucional desde mi punto de vista, ya que no protege ni garantiza el tratamiento y salud de un enfermo adicto; y por el contrario, criminaliza al adicto sin tomar en cuenta su condición particular.

### **3.2.3 Inconsistencias entre la normativa jurídica referente al tratamiento legal de la adicción**

Considero que la inconsistencia básicamente radica en cuanto a las cantidades que según la tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas consume un adicto, y al existir esta inconsistencia se ven en conflicto tanto la norma penal y constitucional, con la resolución del CONSEP.



Puedo afirmar que la resolución del CONSEP básicamente nos dice que no existen adictos como tal, así que todos los que tengan en posesión sustancias estupefacientes y psicotrópicas cometen un delito indiscriminadamente. A mi criterio, una tabla creada por el CONSEP bajo ninguna circunstancia puede transgredir lo dispuesto por el COIP y la Constitución. El COIP si garantiza la no punibilidad del consumo personal de drogas, y la Constitución tiene como principio constitucional garantizar la salud, pero la antes nombrada tabla hace que se deje sin efecto dichas garantías por todo lo expuesto en esta investigación.

Entonces esta incongruencia hace que en el Ecuador no se proporcione un tratamiento eficaz a las adicciones. Incluso podríamos decir que ni siquiera se brinda dicho tratamiento, ya que en vez de ser tratados los adictos estarían siendo criminalizados. Al criminalizar a los adictos se pretende acabar con el micro y el narcotráfico, pero a mi criterio, sería como criminalizar las relaciones sexuales para prevenir el SIDA.

### **3.3 ¿LA ADICCIÓN ES TOMADA COMO UN ASUNTO DE SALUD PUBLICA DESDE EL PUNTO DE VISTA JURÍDICO?**

#### **3.3.1 La ineficacia de los Centros de Rehabilitación Social en el tratamiento de las adicciones**

Este punto no es conocido únicamente por quienes manejan, administran o han estado dentro de los centros de rehabilitación social (cárcel, utilizando lenguaje coloquial), sino que es de público conocimiento que en estos establecimientos se ve de todo, menos una verdadera rehabilitación social. Ahora bien, ¿Por qué no se evidencia la rehabilitación en estos lugares? La realidad es que, por conocimiento propio, puedo asegurar que estos Centros de Rehabilitación Social (CRS) están manejados por las mafias; es decir quien realmente da las órdenes dentro de un CRS son individuos que a manera de “capos de la mafia”, se encuentran a cargo del mismo. Es por esta razón que vemos accidentes, muertes, lesiones y tráfico tanto de drogas como de armas dentro de los CR. ¿Cuál es el combustible



que acciona este aparataje corrupto?, sencillamente es por dinero, el dinero otorga poder a los diferentes grupos (bandas según el lenguaje de calle).

He considerado prudente mencionar sin tapujos este tipo de cosas, debido a que, para efectos de esta investigación, tenemos que demostrar cómo es que no funciona la rehabilitación en estos lugares, y es aquí donde podemos darnos cuenta que por más tratamiento profesional que tenga un enfermo adicto, el entorno no ayudaría absolutamente en nada. Para que se entienda mejor esta situación, me permito explicar con ejemplos de mi autoría:

Si un enfermo adicto que está en prisión decide pedir ayuda a su enfermedad, no es menos cierto que dentro de un CRS existen profesionales que le brindarían la ayuda, pero el inconveniente está al momento en que le toque volver tanto a las celdas, pabellones, y patios de la institución. ¿Por qué decimos que es un inconveniente? Pues porque en todos estos lugares se consume droga y por más terapia que reciba un enfermo, sería imposible enfrentar la situación de observar a otras personas consumiendo “frente a sus narices”. Incluso, este tipo de situaciones ni siquiera se podría denunciar, debido a que este es un comportamiento que en la comunidad carcelaria puede incluso costarle la vida al interno, entonces ¿Cómo podríamos ayudarle a un enfermo adicto enviándole a un lugar en donde se encuentra en cada rincón la causa de su enfermedad?

### **3.3.2 Otras alternativas para el tratamiento de la enfermedad de la adicción**

Al ser una enfermedad, opino que tiene que ser tratada como tal, es decir a través de profesionales especializados en el área, en la misma magnitud e importancia que los tratamientos existentes para otras enfermedades como el cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, diálisis, etc., donde cada una tiene sus centros especializados, ya sean públicos como privados. Asimismo, en el campo de la enfermedad de la adicción considero conveniente tener diferentes centros, hospitales u oficinas privadas con profesionales especializados en el tema.



Tenemos que acotar que cada una de estas instituciones antes mencionadas para el tratamiento de adicciones tiene diferentes métodos; los métodos por lo general varían dependiendo de muchos factores, a continuación se expondrán algunas de las instituciones que en base a conocimiento y experiencia personal me permito indicar:

**Centros de desintoxicación.-** Estos lugares en lo que ayudan es básicamente a desintoxicar al adicto que llegue en condiciones críticas, debido al consumo excesivo de alguna sustancia.

**Casas de reposo.-** En este lugar lo que se hace es desintoxicar al paciente, pero a diferencia de los centros de desintoxicación, aquí ya se empieza a utilizar terapia para que el paciente voluntariamente decida buscar ayuda.

**Grupos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.-** Estos son grupos de autoayuda, en donde a través de la experiencia personal les enseñan a cómo combatir con esta enfermedad.

**Consultorios Psicológicos.-** Estos lugares ofrecen la ayuda a través de un profesional de la Psicología, con sesiones que duran de 45 a 55 minutos, en donde se aborda el problema de la enfermedad.

**Consultorios Psiquiátricos.-** Estos lugares no solo ofrecen terapia con el paciente, sino que aquí ya se les medica dependiendo del cuadro que presente el paciente.

**Centros Ambulatorios.-** En estos lugares se reúnen varios especialistas de los establecimientos anteriormente indicados, es decir en estos centros encontramos psiquiatras, psicólogos, grupos de autoayuda.

**Comunidad Terapéutica.-** Este tipo de comunidades son empleadas a nivel mundial y existen tres tipos de comunidades terapéuticas: profesionales, vivenciales, mixtos. En estos lugares se ofrece un tratamiento integral y multidisciplinario; es decir aquí encontramos psiquiatras, médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas vivenciales, grupos de autoayuda.



Una gran diferencia con los centros ambulatorios, es que estos lugares brindan un alojamiento residencial, es decir el enfermo se queda interno en este lugar, en la mayoría de casos por aproximadamente 6 meses.

**Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático a Alcohol y otras Drogas (CETAD).**- Este es un nuevo centro creado por el Ecuador que básicamente consiste en una Comunidad Terapéutica pero sin terapeutas vivenciales, ni grupos de autoayuda.





## **CONCLUSIONES**

- Se ha podido demostrar a través de criterios científicos que la adicción a las drogas es una verdadera enfermedad que debe ser tratada con igual o mayor atención que cualquier otra afección orgánica del ser humano. La persona considerada como dependiente ha llegado a un estado en el que no puede dejar de consumir drogas a voluntad, debido al síndrome de abstinencia y el sufrimiento físico y psíquico que supone la interrupción en el consumo. Este es precisamente el factor que distingue al consumidor problemático del experimental y ocasional, pues estos últimos aún tienen arbitrio sobre su organismo para decidir cuánto y cuándo consumir drogas.
- Debido a su condición de adicto y al alto grado de tolerancia que ha alcanzado por el consumo continuo de drogas, el individuo dependiente necesita portar y consumir grandes cantidades de droga para satisfacer su dependencia. La Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas fue creada con el fin de regular el micro tráfico y delitos asociados al mismo como robos y asesinatos. Sin embargo, considero que el legislador ha omitido por completo la consideración de que un adicto jamás podrá satisfacer su dependencia adquirida con cantidades tan pequeñas como las que establece la tabla. El adicto siempre necesitará rebasar las cantidades establecidas por la tabla, no con la intención de cometer actos ilícitos, sino por una necesidad orgánica proveniente de su enfermedad.
- Tanto la Constitución de la República y el Código Orgánico Integral Penal garantizan la no punibilidad de las adicciones y del consumo personal de sustancias estupefacientes o psicotrópicas; por ello, resulta inverosímil que la Resolución del CONSEP No. 2, constante en el Registro Oficial Suplemento 628 de 16 de noviembre del 2015 (dentro de la cual se encuentra la Tabla de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas) plantee una regulación que por su rigidez y desproporción termine criminalizando a la enfermedad de la adicción. Consecuentemente, considero que la tabla es inconstitucional, debido a que



sanciona indiscriminadamente a todos los portadores de cantidades excedentes, sin tomar en consideración condiciones particulares de dependencia a las drogas que un individuo puede presentar.

- Al analizar la legislación comparada de países como Bolivia, Colombia y Chile, es posible denotar importantes avances legislativos respecto al tema. La legislación que más llama la atención es la boliviana, pues se realiza una clara distinción entre traficantes de drogas y dependientes. En este sentido, solo los traficantes deberán recibir una sanción penal, mientras que los dependientes deberán ser internados en institutos de farmacodependencia. En consecuencia, Bolivia reconoce legalmente la enfermedad de la adicción y la trata como un asunto de salud pública en donde el Estado deberá agotar todos los mecanismos para solucionar este problema. Lamentablemente, en el Ecuador estamos aún lejos de alcanzar este paradigma, pues aún nos encontramos en un país donde el legislador se doblega fácilmente ante las presiones moralistas y conservadoras de la población que poco o nada investiga de cuestiones “controversiales” como la enfermedad de la adicción.
- Habiendo clarificado el hecho de que un adicto es un enfermo y no un criminal, es entendible que un Centro de Rehabilitación Social (CRS) no es la solución para tratar la condición de un enfermo adicto. La “rehabilitación social” de estos centros tiende a ser algo meramente utópico; y al contrario de lo que se espera de estas instituciones, la droga es un factor constante dentro de la comunidad carcelaria. Entonces, para lograr una verdadera solución el adicto debe ser internado en centros especializados para el tratamiento de adicciones, en donde pueda recibir asistencia médica y psiquiátrica para revertir su condición.



## BIBLIOGRAFÍA

- Beaumont Health. (31 de Enero de 2017). *Oakwood*. Obtenido de <http://oakwood.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=003578>
- Bobes, J. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción*. Madrid.
- Congreso Nacional de Chile. (2005). *Ley 20.000 Sustituye la Ley 19.366, que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas*. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional de Adicciones. (2003). *Portal Web CONADIC*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/conadic>
- Corte Constitucional de Colombia. (1994). Portal Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia No. C-221/94*. Colombia. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>
- Corte Suprema de Colombia. (1986). *Ley 30 de 1986 Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Diario El Telégrafo. (21 de Septiembre de 2015). *El Telégrafo*. Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/los-adictos-que-vendan-droga-serian-sancionados>
- Gobierno de La Rioja. (2018). *Drogas de Síntesis (MDMA - Extasis)*. Recuperado el 12 de Enero de 2018, de Infodrogas: <http://www.infodrogas.org/drogas/drogas-de-sintesis>
- Martinez Lopez, J. (2014). *El síndrome de abstinencia*. Málaga.
- Matute, G. (12 de Diciembre de 2017). (M. D. Cabrera, Entrevistador)



- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador*.
- Organización HRC. (2014). *Harm Reduction Coalition* . Obtenido de <http://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/la-prevencion-y-educacion-sobre-sobredosis-de-drogas/>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*.
- Pachón, C. (Mayo de 2015). *Universidad del Rosario*. Obtenido de <http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et-vetera/Vol-1-Ed-4/Omnia/Penalizacion-o-Proteccion-Medidas-de-Contencion-a/>
- Paladines, J. (2016). *En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en Ecuador*. Quito.
- Programa Mundial de Narcóticos Anónimos. (1991). *Texto Básico: Narcóticos Anónimos*.
- Real Academia de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Madrid.
- Real Academia Nacional de Medicina. (1996). *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina - 1996 - Tomo CXIII - Cuaderno 2*. Madrid.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: Lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid: Tebar.
- Servicio Murciano de Salud. (2017). *Técnico/a en Farmacia. Servicio Murciano de Salud. Temario específico Vol. II*. Murcia: CEP.
- Universidad Autónoma de Hidalgo. (2014). *Portal de la Facultad de Psicología UAEH*. Obtenido de



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y  
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

[https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/prepa4/orientacion/Prevencion%20de%20Adicciones.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa4/orientacion/Prevencion%20de%20Adicciones.pdf)